

个人信息

患者姓名: _____ 出生日期: ____/____/____ 社会安全号码 (SSN): ____-____-____
 闺名或其他名: _____ 医疗记录编号 (MRN): _____
 地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
 电话号码: _____ (宅电/手机/其他) 电子邮件: _____

本人授权: Promise Healthcare——健康管理 (HIM)

*包括位于 Neil Street 的 Urbana 学校健康中心 Frances Nelson Clinic Promise Healthcare

发送至此处: _____ 医疗机构、医生、个人或机构等名称
 或
 由此处获取: _____ 地址
 _____ 城市/州/邮编 _____ 电话号码 _____ 传真

披露方法: 邮件 HIM 部门领取 电子邮件

*如果您选择通过电子邮件接收您的健康信息, 则存在电子邮件中的信息可能被第三方读取的风险。

待披露具体记录

全部记录
 预防接种记录 (具日期): _____
 账单记录 (具日期): _____
 诊室面诊 (具日期及提供方): _____
 实验室
 牙科 其他 (请详述): _____
 治疗日期: _____

如欲获得下述健康信息, 则须勾选所需类别, 并签署姓名首字母:

酒精/药物滥用记录 _____ 姓名首字母
 遗传学 _____ 姓名首字母
 艾滋病/艾滋病毒/性传播疾病 _____ 姓名首字母

本信息的披露目的是 _____
 (如: 持续护理、保险索赔、法律顾问等。)

- 本人理解, 我的医疗记录可能包含与性传播疾病、艾滋病、艾滋病毒、酒精和/或药物滥用治疗有关的信息。
- 本人有权检查并获得将披露的记录副本。本人理解, 任何信息披露均有可能导致未经授权的再次披露, 且这些信息可能不受联邦保密规则的保护。
- 本人理解, 本人可随时撤销此项授权。本人理解, 如果本人意欲撤销此授权, 必须向 Promise Healthcare 的 HIM 部门提供书面撤销文件。本人理解, 撤销将不适用于之前已披露的信息。
- 本授权将在以下日期或事件 _____ 到期。如果本人未指定到期日期或事件, 本授权将于以下签名之日到期, 且仅可披露截至该日期 (含) 的服务记录。本人理解, 本人有权获得此授权书的副本。
- 本人理解, 获取这些记录的副本可能会产生费用。

注意: 这是一份法律文件。请仔细阅读。签字即表示您同意您已理解并接受本表格中的条款。

如果患者年满 18 岁, 则患者须在表格上签名并注明日期。

如果患者年满 18 岁且无签字能力, 则由其依法授权的替代者在表格上签字并注明日期。

请注明您的法律权限, 并附上您的关系文件。

法定监护人或指定监护人 医疗护理代理人 (医疗护理授权书)

除非州或联邦法律另有规定, 如患者年龄在 17 岁或以下, 患者的父母或法定监护人须在表格上签字并注明日期。

请注明您与患者的关系: 父母 法定监护人

签名: _____ 签署日期: _____

如需要酒精/药物滥用记录, 须注明同意书有效期: _____

签署人姓名 (打印) (如非患者本人) _____ 电话号码: _____

仅供工作人员使用

信息披露工作人员姓名: _____ 验证身份信息类型: _____ 日期: _____